



DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DEL PROVEEDOR

Información de identificación para ser completado por el padre, madre o encargado(a):

Nombre del Solicitante / Participante: \_\_\_\_\_

Nombre del Menor: \_\_\_\_\_

**Necesidad de Servicio**

Horario de Servicio				
	Día	Entrada	Salida	Total Horas
<input type="checkbox"/>	Domingo			
<input type="checkbox"/>	Lunes			
<input type="checkbox"/>	Martes			
<input type="checkbox"/>	Miércoles			
<input type="checkbox"/>	Jueves			
<input type="checkbox"/>	Viernes			
<input type="checkbox"/>	Sábado			
<input type="checkbox"/>	Turnos rotativos			
Total de horas:				

Información del Proveedor para ser completado por el proveedor de servicios:

Nombre de la Entidad/ Proveedor :

\_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Correo electrónico:

\_\_\_\_\_

Tipo de proveedor:  Centro licenciado     Hogar licenciado     Hogar exento no familiar

Hogar familiar, tipo de parentesco con el menor: \_\_\_\_\_

Cuidador que visita el hogar del menor en caso de menores encamados  
(  familiar     no familiar)

Proveedor nuevo en el Programa Child Care:  Si     No

Numero de Certificación de Proveedor Elegible: \_\_\_\_\_ Costo por servicio: \_\_\_\_\_

Fecha de expiración: \_\_\_\_\_  
(día/ mes/ año)

Periodos de Cierre (No disponibilidad de servicio)			
Mes	Desde	Hasta	Total Días

Certifico que al momento de completar este documento me encuentro disponible para brindar servicios de cuidado al beneficiario en el horario de necesidad de servicio del padre, madre o encargado(a). Además, entendiendo que este documento no establece una expectativa de servicios para el proveedor ni para el solicitante, pues está sujeto a la determinación de elegibilidad y a la disponibilidad de espacios luego de culminado el proceso.

\_\_\_\_\_  
Nombre del proveedor o su representante

\_\_\_\_\_  
(día - mes- año)

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor o su representante